

乳汁、泪液、精液及阴道分泌物中均检测出麻风杆菌,但不会通过胎盘传播。95%以上的人群对麻风杆菌有自身免疫能力^[3]。根据国际分枝杆菌分类研究组(IWGMT)的方案,将分枝杆菌属细菌分为3类,即缓慢生长菌(人结核分枝杆菌)、迅速生长菌和不能培养菌(麻风分枝杆菌),该属细菌大多为抗酸染色呈阳性。目前麻风分枝杆菌无法人工培养,涂片抗酸染色是麻风病诊断的经典方法之一^[4]。常规抗酸染色只是将组织液刮取涂片后直接染色查菌,在取材时某些干扰物会影响查菌结果。使用低浓度酸碱及 HiCN 在染色前将组织液标本消化处理掉杂菌及红细胞等,目的是使染色后麻风杆菌、组织细胞等与背景颜色对比明显,更容易查找,避免误报结果。经比较认为 HiCN 试剂处理的组织液标本抗酸染色后每个视野麻风杆菌数量增多(与常规抗酸染色的阳性涂片对照),背景对比明显,在蓝色背景下红色细菌清晰易辨认^[5];4 例康复患者组织液涂片中重新发现麻风杆菌,同时得到临床医生认可,说明该处理方法的 优势所在。由此可见,对麻风病皮损组织液查找细菌时,增加用 HiCN 试剂处理,能提高查找细菌效率,临床上容易

开展,值得推荐使用。

参考文献

[1] 朱清,彭正林,于代均. 25 例新发麻风病例分析[J]. 检验医学与临床,2009,6(3):222.

[2] 叶应妩,王毓三,申子瑜. 全国临床检验操作规程[M]. 3 版. 南京:东南大学出版社,2006:105.

[3] 赵辩. 临床皮肤病学[M]. 3 版. 南京:江苏科学技术出版社,2001:358-370.

[4] 倪春雅,刘玲玲,朱学俊. 麻风 2 例[J]. 临床皮肤科杂志,2010,39(10):645-647.

[5] 胡永林,彭明,杨优,等. 用 HiCN 试剂处理血性标本用于抗酸杆菌涂片检查[J]. 临床检验杂志,2011,29(2):159-160.

(收稿日期:2011-07-28)

米非司酮预防持续性异位妊娠的临床探讨

周 敏^{1,2}(1. 南京市中西医结合医院妇产科 210014;2. 南京医科大学 210029)

【摘要】 目的 探讨米非司酮用于异位妊娠保守性手术后持续性异位妊娠的预防效果。**方法** 对 192 例异位妊娠保守性手术后患者随机分为米非司酮组(100 例)和对照组(92 例)。米非司酮组于术后 6 h 开始服用米非司酮 50 mg,每天 2 次,服药 5 d,总量 500 mg;对照组不给任何杀胚药物。**结果** 米非司酮组持续性异位妊娠发生率为 1.00%,显著低于对照组的 8.70%,差异有统计学意义($P<0.05$);观察组和对照组术后第 1 天血 β -绒毛膜促性腺激素(β -hCG)值差异无统计学意义,而术后第 4、7、12 天米非司酮组血 β -hCG 值与对照组比较,明显降低,差异有统计学意义($P<0.01$)。**结论** 米非司酮可以明显降低异位妊娠保守性手术后持续性异位妊娠的发生率。

【关键词】 米非司酮; 持续性异位妊娠; 保守性手术
DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2011.23.049 文章编号:1672-9455(2011)23-2906-02

异位妊娠在保守性手术治疗后仍会发生持续性异位妊娠(PEP)。因此有必要对如何降低异位妊娠保守性手术后 PEP 的发生率进行研究。米非司酮作为一种孕激素拮抗剂,对手术后 PEP 的预防有一定的作用,然而其预防效果具体如何有待研究。作者以本院收治的异位妊娠患者为例,探讨米非司酮用于异位妊娠保守性手术后 PEP 的预防效果。

1 资料与方法

1.1 研究对象 选择 2005 年 1 月至 2009 年 2 月本院收治的异位妊娠患者 192 例,平均年龄 32 岁(18~46 岁),其中输卵管壶腹部妊娠 132 例,峡部妊娠 50 例,伞部妊娠 10 例。异位妊娠诊断标准:(1)有停经、腹痛或者不规则阴道流血史,尿人绒毛膜促性腺激素(HCG)阳性,B 超提示一侧附件区包块;(2)病史不清者,通过依靠尿 HCG 和 B 超等明确诊断。

1.2 方法 采用连续硬膜外麻醉下开腹或全身麻醉下腹腔镜保守治疗异位妊娠 192 例(其中 133 例为开腹术,59 例为腹腔镜)。输卵管峡部妊娠和壶腹部妊娠未破裂者采用输卵管切开取胚术,破裂者直接从破口取出胚囊;破口不规则者,采用部分输卵管切除术;输卵管伞部妊娠或近伞部者采用胚囊挤出术,术后病理均符合输卵管妊娠诊断。对 192 例异位妊娠保守性手术后患者随机分为米非司酮组(100 例)和对照组(92 例)。米非司酮组于术后 6 h 开始服用米非司酮 50 mg,每天 2 次,服药 5 d,总量 500 mg;对照组不给任何杀胚药物。比较两组患者术前、术后 1、4、7、10 d 血清 β -绒毛膜促性腺激素(β -hCG)值

下降程度,同时密切观察患者生命体征、腹痛、阴道流血情况,术后第 10 天复查盆腔 B 超。

1.3 持续性异位妊娠的诊断标准 术后监测血清 β -hCG 升高,且术后 3 d 下降小于 20%或术后 2 周下降小于 10%可以确诊^[1]。

1.4 统计学处理 用 SPSS 11.0 统计软件包进行数据处理,采用 χ^2 检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 一般情况 两组患者在年龄、婚育史、术前腹痛、B 超示包块大小、手术时间、手术方式及住院天数差异均无统计学意义。

2.2 两组 PEP 发生率 术后米非司酮组发生 1 例持续性异位妊娠,发生率为 1.00%;对照组发生 8 例持续性异位妊娠,发生率为 8.70%,两组比较差异有统计学意义($P<0.05$)。

2.3 术后血清 β -hCG 下降情况 两组术后第 1、4、7、10 天血清 β -hCG 水平下降程度的比较见表 1。

表 1 术后两组血清 β -hCG 下降程度的比较($\bar{x}\pm s, \%$)

组别	<i>n</i>	第 1 天	第 4 天	第 7 天	第 10 天
米非司酮组	100	61.66±14.11	63.49±13.96	71.15±14.47	83.49±14.84
对照组	92	59.87±14.03	55.33±14.23	62.45±14.31	70.38±14.85

术后第 1 天,两组血 β -hCG 下降程度比较差异无统计学

意义($P>0.05$)。术后第 4、7、10 天,米非司酮组血 β -hCG 下降均比对照组快,比较差异有统计学意义($P<0.01$)。对于发生持续性异位妊娠的患者,给予口服米非司酮 50 mg,每天 2 次,服药 5 d,总量 500 mg。治疗 1 周后血清 β -hCG 降至正常。

3 讨 论

3.1 PEP 的概念 PEP 是指在异位妊娠保守治疗后,由于胚囊剥离困难,不完全地去除或杀死胚囊,残留滋养细胞继续存活,引起患者出现输卵管破裂、腹腔内出血等症状^[2]。

3.2 持续性异位妊娠的病因 其病因尚未十分明确,可能与以下高危因素有关:输卵管妊娠中,大部分滋养细胞种植于输卵管内,侵蚀肌层、浆膜层等处,采用保守性手术时,即使手术再精细也不可能清除所有的滋养细胞,残留的少量滋养细胞常自行坏死吸收,但也有少数患者残留的滋养细胞仍继续存活生长可致 PEP;其次与术前血清 β -hCG 水平、手术方式有关。术前血清 β -hCG 高,绒毛活力强,手术难以清除;伞部挤术造成滋养细胞残留,比切开取胚术更易引起 PEP。最后清除病灶时微小的组织脱落,可致残留绒毛在腹腔继续存活,也可出现 PEP。

3.3 米非司酮的作用机制 米非司酮是一种孕激素拮抗剂,通过竞争性结合体内孕激素受体而促使绒毛坏死^[3]。米非司酮还能直接抑制滋养细胞增殖,诱导和促进其凋亡发生,它对早孕绒毛的作用是直接的^[4]。它对侵入输卵管深肌层、浆膜层及腹腔的散落的滋养叶组织、细胞同样有杀死作用。

3.4 血清 β -hCG 是诊断和预测持续性异位妊娠发生的主要手段 随着检验方法的不断改进,目前使用的放射免疫法灵敏度极高,因此血清 β -hCG 已作为预测输卵管妊娠保守治疗后 PEP 发生的一项指标。并且血清 β -hCG 已成为目前评价滋养细胞活性的精确指标,这方面准确性达到 95%~100%^[5]。术后每 3 天监测一次血清 β -hCG。Spandorfer 等^[6]认为,输卵管保守性手术治疗 3 d 后血清 β -hCG 值变化不依赖于术前血清 β -hCG 值,晚期血清 β -hCG 下降明显可作为评价 PEP 的指标。

本研究中米非司酮组给予米非司酮口服以杀灭残余的滋

养细胞,术后有 1 例患者发生 PEP,发生率为 1.00%;对照组术后未给杀胚药,发生率为 8.70%,两组比较差异有统计学意义($P<0.05$)。由于术前血清 β -hCG 值明显影响术后早期 β -hCG 值的变化,两组第 1 天下降比较差异无统计学意义($P>0.05$)。而术后第 4、7、10 天,米非司酮组血清 β -hCG 下降较对照组快,两组比较差异有统计学意义($P<0.01$),可见口服米非司酮能杀灭残留的滋养细胞,加快术后血清 β -hCG 的下降,预防 PEP 的发生。

综上所述,保守性手术治疗后,服用米非司酮能够有效地、安全地预防 PEP 的发生。

参考文献

- [1] 乐杰. 妇产科学[M]. 7 版. 北京:人民卫生出版社,2008:105-110.
- [2] Dimarchi JM, Hale RW, Kosasa TS, et al. Persistent ectopic pregnancy[J]. Obstet Gynecol, 2005, 70(4): 555-558.
- [3] 李芳. MTX 不同给药方法治疗异位妊娠后血 β -hCG 下降及其影响因素分析[J]. 中国妇幼保健, 2006, 21(6): 762.
- [4] 杨业洲, 曹泽毅, 韩宇研, 等. 米非司酮对人早孕绒毛细胞增殖和凋亡的影响[J]. 中华妇产科杂志, 2004, 33(5): 268-270.
- [5] 郑怀美. 现代妇产科学[M]. 上海:上海医科大学出版社, 1998:153.
- [6] Spandorfer SD, Sawin SW, Benjamin I, et al. Postoperative day 1 serum human chorionic gonadotropin level as a predictor of persistent ectopic pregnancy after conservative surgical management[J]. Fertil Steril, 1997, 68(3): 430-434.

(收稿日期:2011-07-04)

广西柳江县婚检人群珠蛋白生成障碍性贫血发病率调查

覃日吉, 范 徽, 李建新(广西壮族自治区柳江县妇幼保健院检验科 545100)

【摘要】 目的 了解广西柳江县婚检人群珠蛋白生成障碍性贫血的发病情况,为优生优育、提高出生人口素质提供数据。**方法** 取柳江县妇幼保健院 6 152 对(12 304 例)婚检育龄男女做血常规检查,一旦发现其平均红细胞体积、平均红细胞血红蛋白浓度下降、红细胞分布宽度正常或稍低者,均进一步做红细胞孵育渗透脆性试验和血红蛋白电泳分析。**结果** 6 152 对(12 304 例)婚检育龄男女中,珠蛋白生成障碍性贫血高风险者 2 744 例,检出率为 22.30%,其中 β 珠蛋白生成障碍性贫血 897 例,占 7.29%; α 珠蛋白生成障碍性贫血 1 766 例,占 14.35%;异常血红蛋白病 81 例,占 0.66%。**结论** 柳江县是广西省珠蛋白生成障碍性贫血的高发区,也是柳州地区珠蛋白生成障碍性贫血的高发区。因此,应加强珠蛋白生成障碍性贫血的检测及宣传力度,对育龄男女进行产前筛查、产前诊断和遗传病学咨询,降低中、重型珠蛋白生成障碍性贫血新生儿的出生率,提高人口素质。

【关键词】 珠蛋白生成障碍性贫血; 发病风险率; 调查

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2011.23.050 文章标志码:B 文章编号:1672-9455(2011)23-2907-02

珠蛋白生成障碍性贫血是广西地区的高发遗传病,现在也是广西壮族自治区出生缺陷干预工程的干预病种之一。其发病机制是由于珠蛋白基因的缺失或缺陷引起血红蛋白肽链中一种或几种合成不平衡所致。珠蛋白生成障碍性贫血可分为三大类型: α 珠蛋白肽链合成减少或缺如的称为 α 珠蛋白生成障碍性贫血; β 珠蛋白肽链合成减少或缺如的称为 β 珠蛋白生

成障碍性贫血;由于遗传缺陷引起珠蛋白的基因突变,肽链结构异常或合成障碍,造成一种部分或完全替代了正常的血红蛋白(Hb)称异常 Hb 病。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2009 年 6 月至 2010 年 12 月在本院婚检的 6 152 对(12 304 例)育龄男女,其中居住在城镇 2 936 对,